

A n'utiliser que dans le cadre du dossier de demande d'installation d'une place pour personne handicapées à proximité immédiate du domicile ou du lieu de travail de la personne handicapée

Je soussigné, docteur en médecine

N° INAMI :

Adresse :

Certifie que Monsieur/Madame.....

(cochez une des trois options suivantes)

- Souffre de façon définitive d'au moins un des graves handicaps suivants (sans obligation de préciser l'objet du handicap) :
 - Paralyse totale ou partielle des membres inférieurs;
 - Amputation d'une des deux jambes;
 - Arthrose avancée des cartilages rendant tout déplacement à pied impossible sans assistance;
 - Sclérose latérale amyotrophique (SLA);
 - Les déplacements sont impossibles sans l'aide d'un tiers et/ou de matériel adéquat (chaise roulante ou autre);
 - Sclérose en plaque avec incapacité de marcher;
 - AVC avec séquelles définitives privant la personne de la marche;
 - Infection respiratoire chronique sévère;
 - Infection cardiaque sévère avec dyspnée majeure;

OU

- Souffre d'un handicap général définitif d'au moins 80% rendant tout déplacement à pied impossible sans assistance (présenter le document du SPF sécurité sociale).

Fait à le

Signature + cachet du docteur en médecine